

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дорожкина О.П.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Отношение к болезни - это знания пациента о своей болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с заболеванием. Формирование типа отношения к болезни (ТОБ) определяется преморбидными личностными особенностями пациента, природой заболевания, микро-социальным окружением. Адекватное отношение к болезни может быть отнесено к факторам, способствующим позитивной динамике психического и соматического состояния больного, неадекватное – быть причиной ухудшения течения заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности формирования ТОБ у женщин с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и сочетанной патологией и их динамику в процессе годичного диспансерного наблюдения кардиологом поликлиники.

Контингент и методы исследования. Определение ТОБ проведено у 31 женщины. Пациентки были разделены на три группы в зависимости от формы основного заболевания. В группу больных ИБС включено 9 женщин в возрасте $51,44 \pm 3,5$ года. Все пациентки перенесли инфаркт миокарда (ИМ). Первичное обследование проводилось в среднем через $43,11 \pm 3,1$ дня от даты развития ИМ, повторное – через 9-12 месяцев от начала диспансерного наблюдения. Вторая группа представлена 14 больными артериальной гипертензией (АГ) 2 степени в возрасте $47,14 \pm 8,1$ года со средней длительностью заболевания $12,29 \pm 6,2$ года. Повторное обследование проводилось через 9 - 12 месяцев от даты первичного тестирования. Группа пациенток с сочетанной патологией состояла из 8 женщин в возрасте $53,37 \pm 5,3$ года, перенесших ИМ на фоне АГ. Давность АГ до развития ИМ составляла $10,93 \pm 7,0$ лет. Первичная оценка ТОБ проводилась через $46,43 \pm 10,1$ дня от даты развития ИМ. Повторное обследование - через 9 - 12 месяцев от даты ИМ. У всех обследованных пациенток диагностирована хроническая недостаточность кровообращения I ФК (NYHA). Критериями исключения из исследования были инфаркты мозга, постоянная форма фибрилляции предсердий, наличие сахарного диабета, гинекологических операций в анамнезе, избы-

точной массы тела. Все пациентки получали антигипертензивную и антиангинальную терапию в соответствии с протоколами лечения, а также сеансы рациональной психотерапии и, по показаниям, транквилизаторы бензодиазепинового ряда.

Для определения ТООб использована «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни», разработанная в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева [Э.Б. Карпова, Л. И. Вассерман]. Методика позволяет определить 12 различных ТООб: гармоничный (Г), эргодатический (Р), анозогнозический (З), тревожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М), апатический (А), сенситивный (С), эгоцентрический (Я), паранойяльный (П), дисфорический (Д). Каждый ТООб определяется балльной оценкой.

Выделяют «чистые», смешанные и диффузные ТООб. «Чистый» ТООб определяется, когда в диагностическую зону (7 баллов от максимальной оценки) попадает одна шкала. Если в диагностическую зону попадают две или три шкалы, ТООб определяется как смешанный, если более трех - как диффузный.

Три первых ТООб относятся к адаптивным и благоприятным, остальные ТООб к неблагоприятным и характеризующимся личностной дезадаптацией в связи с заболеванием.

Неблагоприятные ТООб подразделяются на два блока. Блок, включающий Т, И, Н, М, А ТООб, характеризуется тем, что эмоционально-аффективный аспект отношений у пациента выражается в «ухуде» в болезнь, «капитуляцией» перед заболеванием. С, Я, П, Д типы отношения к болезни отражают интерпсихическую направленность реагирования личности, при которой больные стесняются заболевания или «используют» его в своих целях, обвиняя окружающих в развитии недуга.

Результаты. Полученные в результате проведенного исследования данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Динамика ТООб у женщин с заболеваниями сердечно – сосудистой системы

1 исследование												
	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Я	П	Д
ИБС	16	25	20	6	9	8	2	3	22	10	4	6
АГ	13	25	11	11	8	10	2	2	26	10	7	5
ИБС + АГ	13	22	3	17	15	11	10	7	22	10	9	7
2 исследование												
ИБС	16	34	11	14	4	14	3	1	23	14	7	7
АГ	9	27	5	10	11	12	4	4	24	12	9	7
ИБС + АГ	21	21	7	7	10	10	8	5	20	11	7	5

При первичном тестировании у женщин с ИБС выявлен смешанный эргопатически-анозогнозически-сенситивный ТОБ, характеризующий сложное и противоречивое отношение к болезни. На фоне ухода в работу и отрицания болезни, имеет место опасение стать в тягость близким в связи с заболеванием и боязнь изменения доброго отношения к больному со стороны окружающих. Среди благоприятных ТОБ у женщин с ИБС преобладают эргопатический и анозогнозический компоненты. Неблагоприятные ТОБ представлены сенситивным компонентом. При повторном исследовании отмечена положительная динамика. Сформировалось дифференцированное отношение к болезни, представленное «чистым» благоприятным эргопатическим ТОБ.

В группе женщин с АГ, как при первичном, так и при повторном исследовании диагностирован смешанный эргопатически-сенситивный ТОБ.

У пациенток с сочетанной патологией при первичном исследовании диагностирован диффузный ТОБ, включающий эргопатически-сенситивно-тревожно-ипохондрический компоненты. Это свидетельствует об «уходе» в работу, опасении стать в тягость близким, при сниженном настроении, сосредоточении пациенток с сочетанием ИБС и АГ на субъективных болезненных и прочих неприятных ощущениях, им необходимо постоянно обсуждать их с окружающими, характерно преувеличение действительных и мнимых болезней и побочного эффекта лекарственных препаратов. При повторном тестировании отмечена положительная динамика реакции личности на болезнь, проявившаяся трансформацией исходного диффузного ТОБ в смешанный с сохранением эргопатической и сенситивной составляющих.

Заключение. Наличие сочетанной патологии сердечно-сосудистой системы у женщин (ИБС и АГ) формирует наиболее неблагоприятный вариант отношения к болезни. Динамическое диспансерное наблюдение, улучшение соматического статуса, возвращение к профессиональной деятельности определяет развитие положительных тенденций, характеризующих реакцию личности на болезнь и дифференциацию проблем, связанных с наличием соматического заболевания.

Реакция личности на болезнь в группах женщин с изолированной патологией характеризуется наличием смешанного варианта реагирования, имеющего отличия при различных нозологических формах.

Положительная динамика установлена в группе больных с ИБС и не отмечена у пациенток, страдающих АГ.

Полученные данные свидетельствуют о формировании различных ТОО в зависимости от нозологической формы поражения сердечно-сосудистой системы в группах женщин, сопоставимых по возрасту и длительности заболевания. Сочетанная патология способствует нарастанию дезадаптивных вариантов реагирования на болезнь, что отрицательно сказывается на соматическом статусе.

Длительное регулярное диспансерное наблюдение с проведением медикаментозной терапии основного заболевания и немедикаментозной и медикаментозной коррекции психического статуса способствуют дифференциации реакции личности на болезнь и ее последствия в сторону адаптивных ТОО.